

日本外傷学会 変更届

申込日 年 月 日

カナ氏名			生年月日	西暦	年	月	日
氏名			会員番号：				
会誌送付先	1. 勤務先 2. 自宅 (いずれかに○をつけてください)						
かな勤務先							
勤務先名称							
部署名							
勤務先住所	〒 —						
			都道 府県			市町 村郡	
			TEL ()	(内線)	FAX ()		
自宅住所	〒 —						
			都道 府県			市町 村郡	
			TEL ()	FAX ()			
メールアドレス1 (メイン)							
メールアドレス2 (サブ)							
通信欄 (事務局へ申し送り事項がある場合は記入して下さい。)							
事務局記入欄 (ここには何も記入しないで下さい。) 変更処理日 年 月 日							

日本外傷学会 事務局行

E-mail: jast@shunkosha.com

FAX : 03-5291-2176